

Artigo Original

A epidemia de doença pelo vírus Ebola de 2014: o Regulamento Sanitário Internacional na perspectiva da Declaração Universal dos Direitos Humanos

The 2014 Ebola virus disease epidemic: the International Health Regulations in the perspective of the Universal Declaration of Human Rights

João Roberto Cavalcante Sampaio¹, Gabriel Eduardo Schütz²

Resumo

Introdução: No contexto da epidemia de doença pelo vírus Ebola (DVE) de 2014 na África Ocidental, este artigo tem como objetivo discutir as estratégias internacionais de controle de doenças transmissíveis com base no Regulamento Sanitário Internacional (RSI) da Organização Mundial da Saúde (OMS), na perspectiva da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) da Organização das Nações Unidas (ONU). **Método:** Trata-se de um estudo exploratório, de natureza qualitativa, realizado a partir de pesquisa bibliográfica sobre DVE, tomando como fonte de dados documentos oficiais disponíveis nos sites oficiais da ONU, OMS e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), bem como artigos científicos relacionados ao tema, além da leitura do RSI e da DUDH. **Resultado:** Os resultados mostraram que, durante a epidemia, as ações e as medidas de controle para o combate à doença desrespeitaram o RSI na perspectiva dos ideais de direito à saúde e de direitos humanos. **Conclusão:** É necessário que agências e organizações que dispõem de poder decisório internacional se predisponham a acompanhar e auxiliar os países vulneráveis na África Ocidental para a garantia dos direitos humanos e evitar que novas epidemias possam acontecer.

Palavras-chave: Ebola; Regulamento Sanitário Internacional; Declaração Universal de Direitos Humanos.

Abstract

Introduction: In the context of the 2014 West African Ebola virus outbreak, this article aims to discuss the international strategies for the control of communicable diseases, based on the International Health Regulations (IHR) adopted by the World Health Assembly in May 2005, in the perspective of the United Nations Universal Declaration of Human Rights (UDHR). **Method:** This is an exploratory, qualitative study conducted from a bibliographic research on the Ebola Virus Disease (EVD). Data were collected from documents available at the official websites of the UN, WHO and PAHO, as well as from scientific papers related to the topic and reading of the IHR and UDHR. **Result:** The results show that certain action and control measures applied during the epidemic for combating the disease were not in accordance with the International Health Regulations, considering the ideals of right to health and human rights. **Conclusion:** It is necessary that agencies and organizations with international decision-making power join forces to assist vulnerable countries in West Africa in order to ensure human rights and prevent new epidemics.

Keywords: Ebola; International Health Regulations; Universal Declaration of Human Rights.

¹Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

²Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (IESC), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Trabalho realizado na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Endereço para correspondência: João Roberto Cavalcante Sampaio - Avenida Brasil, 4036, Sala 905 - Manguinhos - CEP: 21040-361 - Rio de Janeiro (RJ),

Brasil - Email: joao.rcs@hotmail.com

Fonte de financiamento: nenhuma.

Conflito de interesses: nada a declarar.

INTRODUÇÃO

No contexto da epidemia de doença pelo vírus Ebola (DVE) de 2014 na África Ocidental, este artigo tem como objetivo discutir as estratégias internacionais de controle de doenças transmissíveis com base no Regulamento Sanitário Internacional (RSI) da Organização Mundial da Saúde (OMS), na perspectiva da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) da Organização das Nações Unidas (ONU).

O vírus Ebola – da família Filoviridae – foi identificado pela primeira vez em humanos em 1976, em dois surtos simultâneos ocorridos em Nzara, no Sudão, e em uma aldeia de Yambuku, na República Democrática do Congo, nas proximidades do rio Ebola, do qual deriva o nome do vírus. Desde então tem produzido vários surtos no continente africano¹.

O vírus Ebola provoca uma doença aguda grave que afeta humanos e outros primatas (macacos, gorilas e chimpanzés). Em humanos, o período de incubação pode variar de 2 a 21 dias. Os sintomas incluem febre, dor de cabeça e mialgia, evoluindo, posteriormente, para vômitos e diarreia. A fase inicial é inespecífica, mas, em alguns pacientes, pode evoluir relativamente rápida para a forma hemorrágica grave, com sangramentos nas mucosas, intestino, útero e eventual falência múltipla dos órgãos, que frequentemente é fatal. A letalidade da DVE pode chegar até 90%. Tem-se observado, no entanto, formas mais brandas da doença. Das cinco espécies até o momento identificadas para esse vírus, a denominada Zaire Ebolavirus (EBOV) é a que tem se mostrado como a mais letal. O vírus não se transmite pelo ar, mas por contato direto com sangue ou outros fluidos corporais, incluindo secreções (sangue, fezes, urina, saliva, sêmen) de pessoas ou animais infectados. A carga viral dos corpos sem vida das vítimas de DVE é altamente infectante, por isso a realização de enterros de uma maneira segura e digna é crucial para interromper a transmissão da doença²⁻⁴.

Os surtos de DVE na África têm acontecido em regiões de extrema pobreza, nas quais as estruturas montadas para a assistência sanitária mostraram-se precárias. A letalidade pode ser menor se o paciente for tratado em centros de saúde com mais e melhores recursos³.

A epidemia de DVE, que desde inícios de 2014 atinge a África Ocidental, em especial a Libéria, Guiné e Serra Leoa, é considerada a maior da doença de que se tenha registro, ao menos o mais extenso e duradouro até hoje. Associado à variante EBOV, a mais letal do vírus, o surto matou quase 5 mil pessoas entre março e outubro de 2014, e registrou, até 14 de outubro de 2015, 28.454 infectados, dos quais 11.297 foram a óbito⁵. A OMS estima a letalidade desse surto de DVE em 46%².

Nesse contexto, resulta interessante consultar o RSI para discutir sua apropriação a esse tipo de eventos, em especial na perspectiva dos direitos humanos.

O RSI é um instrumento que estabelece procedimentos para proteção contra a disseminação internacional de doenças, cuja primeira versão foi adotada durante a 4ª Assembleia Mundial da Saúde em 1951, três anos após a entrada em vigor da constituição da OMS. É o primeiro código internacional elaborado por essa agência contendo um protocolo de medidas para prevenir a propagação de enfermidades infecciosas (cólera, peste, febre amarela, varíola e tifo) e de requisitos sobre notificação de casos e apresentação de informes, assim como a adoção de medidas sanitárias nos pontos de entrada e saída de pessoas e de mercadorias nos países⁶.

Posteriormente, o RSI foi atualizado e está em vigor nos 193 países signatários da OMS, incluindo o Brasil. A mais recente versão do RSI é de 2005, trazendo a possibilidade de melhoria na capacidade de vigilância e resposta nacional e internacional, que pode ampliar a capacidade de notificação de doenças, ou seja, facilita os mecanismos para que os países compartilhem mais abertamente as informações sobre as doenças ou eventos que possam sair do controle internamente e extrapolar as fronteiras, além de apoiar as ações da OMS^{1,3}.

A partir desse consenso internacional, quando houver um surto ou uma epidemia de uma doença, ou seja, quando a taxa de ocorrência for maior do que o previsto para a área restrita ou país, e a proliferação exigir uma reação global, a OMS deverá decretar a necessidade de uma maior vigilância e implantação de medidas de controle ou de prevenção. No caso do surto da DVE, há desde 2014 uma ocorrência de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). Assim, em cumprimento ao RSI de 2005, caso ocorra um caso suspeito de DVE, o Brasil, por meio do Ministério da Saúde, deverá fazer a comunicação internacional diretamente à Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), que, por sua vez, na sua qualidade de oficina regional, informará à OMS³.

Do ponto de vista da OMS, responsável pela melhoria da saúde da população e pelo controle da doença para evitar, assim, sua disseminação internacional, o RSI representa um instrumento fundamental. No entanto, as ações de implementação de controle de doenças por parte do poder público estatal, em especial em territórios vulneráveis, pode entrar em conflito com o respeito aos direitos humanos consagrados na DUDH da ONU.

Elaborada por representantes de diferentes tradições jurídicas e culturais originárias de diversas regiões do mundo, a DUDH foi proclamada por meio da Resolução nº 217, no dia 10 de dezembro de 1948, no marco da Assembleia Geral das Nações Unidas realizada em Paris, na França. Norma comum a ser alcançada por todos os povos e nações do mundo, a DUDH estabeleceu, pela primeira vez na história, a proteção universal dos direitos humanos⁷.

Nesse sentido, a epidemia de Ebola se transforma em uma oportunidade para debater, com base em um caso concreto, a legitimidade de ações de saúde no plano internacional.

METODOLOGIA

Foi desenvolvido estudo exploratório, de natureza qualitativa, realizado a partir de pesquisa bibliográfica sobre DVE, tomando como fonte de dados documentos oficiais disponíveis nos sites oficiais da ONU, OMS e OPAS, bem como artigos científicos relacionados ao tema, além da leitura do RSI e da DUDH.

O primeiro passo do trabalho foi a realização de um levantamento bibliográfico nas principais bases de periódicos científicos relacionados ao tema – Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), SciELO, PubMed e Scopus – a fim de resgatar trabalhos representativos sobre a temática. Foram utilizados os descritores: “ebolavírus” e “saúde mundial” em três idiomas, português, inglês e espanhol, para a consecução do trabalho dentro da estratégia de busca. O operador booleano “AND” foi utilizado para a interseção dos descritores e palavras-chave. Assinala-se que os descritores selecionados estão incluídos na lista dos Descritores de Ciências da Saúde (DeCS). A partir desse momento, a pesquisa dos artigos foi filtrada para a área saúde pública e com esse levantamento se procedeu à revisão bibliográfica dos textos por meio da leitura do resumo de cada um dos artigos, delimitando-se, assim, os artigos que permaneceram como referências para o presente estudo.

Ao todo foram 197 resumos capturados e lidos na pesquisa nas bases de dados (excluídos os artigos repetidos), dos quais 189 eram de acesso liberado e 8 eram pagos. Do total, 25 artigos foram considerados adequados ao objeto da pesquisa para leitura completa dos textos. Após a leitura, cinco artigos foram excluídos (Tabela 1).

Foram critérios para inclusão: artigos completos que descrevessem a epidemia de DVE de 2014, as ações de controle, a aplicação do RSI e como isso interfere nos direitos humanos da população. Foram critérios de exclusão: artigos incompletos, pagos, ou que não fizessem ligação direta com o escopo do presente trabalho.

Tabela 1. Resultados por chaves de busca. Tema da pesquisa (Doença pelo Vírus Ebola), iniciada em dezembro de 2014. Filtros/idiomas: português, espanhol e inglês, com corte temporal de 2014-2015

	BVS	PubMed	Scopus	SciELO
Descritores:				
Ebolavírus	20	5	12	17
AND Saúde Mundial				
Palavras-chave:				
Regulamento Sanitário Internacional/ Declaração Universal dos Direitos Humanos	58	47	20	18
Selecionados para leitura do artigo completo	7	2	3	13

Os assuntos mais abordados nos artigos localizados foram: ESPII, história da atual epidemia, aplicação do RSI, estratégias de controle feitas pelos países e possíveis vacinas.

Em um segundo momento da pesquisa, foram coletadas informações e documentos sobre a epidemia de DVE, o RSI e a DUDH oficiais nos sites abertos da ONU, OMS e OPAS. Por fim, realizou-se a análise desse material à luz das principais referências sobre o tema extraídas dos artigos científicos.

Para a construção do gráfico de casos e óbitos de DVE, foram utilizadas informações oficiais do site aberto da OMS, trabalhadas no software Excel.

Por se tratar de um estudo que utilizou dados de bases de artigos e dados públicos, e sem abordagem individual, contendo apenas informações de relevância para estudos, análise crítica e sugestões de planejamentos públicos e governamentais, sem caracterização individual das pessoas, a Resolução nº 196/96 desobriga da aprovação do estudo por um comitê de ética.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Epidemia de Ebola de 2014

Em dezembro de 2013, foi detectado, pelo Ponto Focal Nacional (PFN) para o RSI (PFN/RSI) da Guiné, um caso de síndrome febril em que o portador apresentava febre alta, dores pelo corpo, vômito, diarreia e hemorragias. Após o caso ser confirmado para DVE, as autoridades sanitárias dos países da África Ocidental entraram em alerta. Começava o maior surto de DVE conhecido na história da humanidade⁸.

A epidemia na África Ocidental foi caracterizada oficialmente em março de 2014 e é a maior e mais complexa desde que o vírus foi descoberto. A diretora-geral da OMS, Margaret Chan, declarou que se tratava da emergência em saúde pública mais grave dos tempos atuais. Houve mais casos e óbitos nessa epidemia do que em todas as outras somadas⁴.

Em 8 de agosto 2014, a epidemia foi declarada pela OMS como ESPII⁴. Essa foi a terceira vez que a OMS declarava um estado de emergência pública mundial desde 2005, ano da publicação da atual versão do RSI. A medida foi tomada em 2009, devido à Influenza A (H1N1) na Ásia, e em maio de 2014, devido a um surto de poliomielite no Iraque, Afeganistão e Guiné Equatorial¹.

A epidemia de 2014, ainda não controlada, vem alcançando dimensões inéditas, pois até o 5 de agosto de 2015 foram registrados 27.862 casos e 11.281 óbitos registrados nos três países afetados: Guiné, Libéria e Serra Leoa, considerados como “países de transmissão intensa de DVE”¹.

Esses países, que sofreram durante décadas com guerras civis, estavam agora enfrentando – sem os recursos necessários – a morte de milhares de pessoas por causa de um vírus. Vulnerabilizados e sem ter como enfrentar a situação, ficaram totalmente dependentes da ajuda humanitária internacional,

como o Médico Sem Fronteiras e a Cruz Vermelha, ao passo que o mundo entrava em alerta máximo e preparava seus planos de contingência⁹.

Na África Ocidental, os funerais são um dos mais importantes rituais da cultura local, praticados milenarmente: os familiares usam as próprias mãos para lavar os corpos e os envolvem em panos; além disso, durante o velório, todos os familiares beijam os corpos, como um gesto de despedida. Essas práticas rituais ajudam a disseminar o vírus ebola, pois constituem situações de exposição a um vírus altamente contagioso. Por esse caminho, uma comunidade inteira pode resultar infectada em um único funeral. Contrariando os pedidos médicos, os familiares escondiam os corpos de seus familiares mortos por DVE para praticar funerais clandestinos durante a noite. Em novembro de 2014, os coveiros da Libéria declararam greve, pois muitos estavam se infectando e morrendo pela doença¹⁰.

A estimativa é que cerca de 16 mil crianças tenham ficado órfãs nos três países de transmissão intensa da África Ocidental. A maioria das crianças órfãs e os sobreviventes não podem voltar para casa, pois a estigmatização cultural que as considera “amaldiçoadas” por suas comunidades pode significar em sua eliminação física por assassinato⁷.

Ainda, devido ao fechamento das fronteiras, Guiné, Libéria e Serra Leoa sofreram restrições comerciais, que desestabilizaram economicamente suas produções, levando à falência milhares de produtores e aumentando, conseqüentemente, a violência e o sofrimento nesses países¹¹.

Até a primeira quinzena de outubro de 2015, segundo dados oficiais da OMS, Guiné tinha registrado 3.800 casos e 2.534 óbitos. Na Libéria, foram registrados 10.666 casos e 4.806 óbitos (maior número de vítimas fatais por país notificado). Por sua vez, Serra Leoa confirmou 13.982 casos (maior número de casos por país) e 3.955 óbitos no mesmo período. Esses dados podem ser visualizados no Gráfico 1.

Ao longo dos meses de setembro de 2014 a outubro de 2015, outros países registraram casos importados do surto original, entrando na categoria “países com transmissão focalizada de

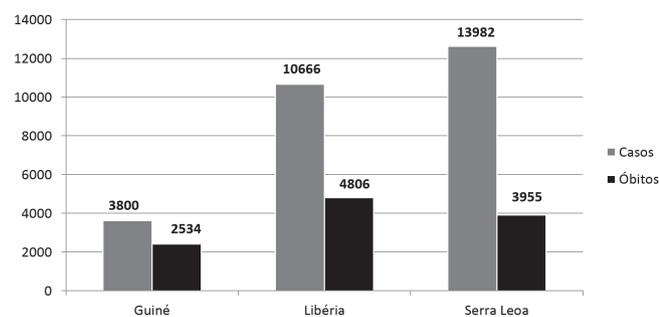


Gráfico 1. Casos e óbitos de DVE em Guiné, Libéria e Serra Leoa. Fonte: Dados oficiais do site aberto da OMS acessados em 14 de março de 2016

DVE”. São eles: Estados Unidos, Mali, República Democrática do Congo, Nigéria, Senegal, Espanha, Reino Unido e Itália⁵.

No Brasil, em 10 de outubro de 2015, o município de Cascavel, no Estado do Paraná, recebeu a notificação de um caso suspeito de DVE, em um paciente vindo da Guiné, que estava em uma unidade de pronto atendimento do município. O Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde do Paraná (CIEVS-PR) informou ao CIEVS da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (CIEVS/SVS/MS), que, por sua vez, acionou, em conjunto com o Centro de Operações em Emergência em Saúde do Ebola (COES Ebola), o plano de contingência para a DVE no país. O paciente foi isolado, levado ao Instituto Nacional de Infectologia da Fundação Oswaldo Cruz (INI/FIOCRUZ) e as amostras de sangue foram encaminhadas ao Instituto Evandro Chagas, também da INI/FIOCRUZ. No entanto, o resultado dos dois testes realizados foram negativos. Vale destacar que o Sistema Único de Saúde (SUS) foi elogiado publicamente pela OMS pela rápida resposta à emergência. Recentemente, o Brasil publicou sua 13ª versão do plano de contingência para a DVE².

Apesar de terem sido declaradas livres de Ebola em 2016, Guiné, Libéria e Serra Leoa voltaram a ter novos surtos por transmissão sexual, uma vez que o vírus ebola permanece no sêmen por até seis meses. A previsão da OMS é que ainda em 2016 a epidemia seja controlada e que os países sejam declarados livres de DVE¹².

Perspectivas do RSI

O RSI de 2005 trouxe consigo novas regras para notificação e comunicação de potenciais ESPII à OMS em tempo oportuno e com a avaliação de risco feita pelo próprio país notificante. Nesse sentido, cada país devia criar seus PFN/RSI, encarregado de fazer a comunicação ao Ponto de Contato Regional da OMS. Caso o país não tenha condições de realizar essa avaliação de risco, a OMS poderá colaborar auxiliando o país⁶.

No caso do Brasil, a instância PFN/RSI é o CIEVS/SVS/MS, que comunica a instância regional da OMS para as Américas, ou seja, a OPAS².

O artigo 6 do RSI, que dispõe das características de uma notificação, diz que cada país signatário da OMS avaliará eventos que ocorrem dentro de seu território, utilizando o instrumento de decisão que é o Anexo 2 do RSI. O PFN/RSI deverá notificar à OMS no prazo de 24h qualquer potencial ESPII¹³.

O Anexo 2 do RSI conta com quatro perguntas-chave para a avaliação e tomada de decisão. São elas: 1 – O impacto do evento sobre a saúde pública é grave? 2 – O evento é incomum ou inesperado? 3 – Há risco significativo de propagação internacional? 4 – Há risco significativo de restrições ao comércio ou viagens internacionais¹³?

Em relação à epidemia de DVE nos países da África Ocidental, a recomendação do RSI, e, portanto, da OMS, era de que os países (da África e de outros continentes) não fechassem suas fronteiras para os habitantes de Guiné, Libéria e Serra Leoa, e que muito menos lhes quebrassem acordos comerciais ou colocassem limitações em suas importações e exportações¹.

A recomendação era verificar nos portos e aeroportos se os viajantes dos países tinham mantido contato com casos confirmados ou suspeitos nos últimos 21 dias (tempo de incubação da doença). Caso a resposta fosse sim, o país deveria fazer o monitoramento diário da temperatura desses contatos. No entanto, o pânico gerado pela quantidade de casos e pela elevada letalidade fez com que muitos países tomassem a decisão de fechar suas fronteiras e quebrar acordos comerciais com Guiné, Libéria e Serra Leoa, prejudicando ainda mais os países com transmissão intensa de DVE. Esse foi o caso dos países vizinhos e da região – Senegal, Nigéria, Cabo Verde, Costa do Marfim, e África do Sul –, que rapidamente fecharam seus fluxos com os países atingidos logo após o surgimento dos primeiros casos de DVE. Com a explosão do número de casos e óbitos, outros países signatários da OMS de outros continentes, como Coreia do Norte e Colômbia, também decidiram fechar suas fronteiras para a entrada de habitantes dos países afetados por DVE da África Ocidental⁹.

O Brasil, seguindo seu plano de contingência para a DVE, o RSI e as recomendações da OMS, decidiu por não fechar suas fronteiras. Além disso, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) tem feito, em parceria com Ministério da Saúde, Polícia Federal, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, o monitoramento de indivíduos que entram no país, vindo dos países afetados, e também têm realizado simulados de casos suspeitos em portos, aeroportos e fronteiras terrestres¹⁴.

Na Libéria, em 23 de agosto de 2015, a comunidade de West Point, um bairro pobre com urbanização precária e população vulnerável, foi cercada com arame farpado para evitar a disseminação da DVE após fuga de pacientes. O local, nas periferias de Monróvia, capital da Libéria, estava sem comida e água, e recebeu ajuda humanitária, que jogou durante dias os mantimentos por cima do arame farpado¹⁰. Esse procedimento, além de contrariar o RSI no seu escopo, também constitui uma violação aos compromissos assumidos perante a DUDH.

No final de dezembro de 2014, foi anunciado que as comemorações de Natal e Ano-Novo seriam canceladas nos três países devido à epidemia de DVE, evitando, assim, o contato entre os habitantes com casos suspeitos e, portanto, evitando a disseminação da doença⁹.

Por fim, vale ressaltar que, apesar de alguns países não terem seguido as recomendações do RSI e da OMS, a estratégia de controle da DVE no mundo todo foi considerada um sucesso, provando, assim, que o RSI se mantém atual e necessário em todas as estratégias de controle e contingências no que se diz

respeito à ESPII. É necessário, no entanto, aguardar para saber como se comportará a epidemia nos países de transmissão intensa até o final do primeiro semestre de 2015.

Perspectivas da DUDH

Segundo a ONU, os direitos humanos são direitos inerentes a todos os seres humanos, independentemente de raça, sexo, nacionalidade, etnia, idioma, religião ou qualquer outra condição. A DUDH inclui o direito à vida e à liberdade, à liberdade de opinião e de expressão, o direito ao trabalho, à educação, à saúde, entre muitos outros direitos civis, sociais e políticos da cidadania¹⁵.

Em relação ao direito à saúde, o Artigo 25 da DUDH diz que todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e a sua família também, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle¹⁵.

A DUDH estabelece as obrigações dos governos de agirem de determinadas maneiras ou de se absterem de certos atos, a fim de promover e proteger os direitos humanos e as liberdades de grupos ou indivíduos¹⁵.

A partir disso, podemos analisar a epidemia de DVE de 2014 na Guiné, Libéria e Serra Leoa na perspectiva da DUDH. A epidemia na África Ocidental resultou em inúmeros casos de violação aos direitos humanos.

Em alguns bairros e favelas, a livre movimentação de pessoas foi interrompida, pois eram áreas de risco para exposição ao vírus. Em outras comunidades, vilas inteiras foram isoladas e colocadas em quarentena¹.

Foram relatados casos em que todos os pacientes dos centros de tratamento para a DVE estavam sem receber comida e água, o que gerou revolta neles, que fizeram uma fuga em massa de pacientes sintomáticos, o que ajudou a disseminar ainda mais a doença¹. Além disso, as restrições comerciais e de fronteiras impediram que muitos habitantes saíssem dos países, ficando presos ao território nacional.

Em determinado momento, os hospitais locais não tiveram mais condições de receber pacientes de DVE, portanto todos os pacientes foram encaminhados para os centros de referência para tratamento do ebola, que foram organizados pela Cruz Vermelha e Médico Sem Fronteiras. Os pacientes com DVE dependem hoje de ajuda internacional, não recebendo de seu próprio governo qualquer apoio ou assistência à saúde¹⁶.

As autoridades sanitárias dos países com transmissão intensa tomam a liberdade de incinerar todas as roupas de casos suspeitos, prováveis ou confirmados, bem como de seus familiares. Como muitos pacientes vivem na extrema pobreza, quando recebem alta só têm o macacão de plástico para vestir, o que faz com que

sejam identificados de forma fácil, gerando mais preconceito, discriminação e até agressões por parte da população¹⁷.

As aulas de crianças de todos os três países com transmissão intensa de DVE foram canceladas, o que faz com que as crianças não tenham acesso à educação¹. As festas comemorativas e os rituais das comunidades também foram cancelados, o que, na perspectiva da DUDH, limita o acesso e a liberdade cultural. Também foram realizadas violações arbitrárias da liberdade de imprensa, que acabaram sendo denunciadas pela comunidade internacional.

Por fim, poder-se-ia afirmar que o ano de 2014 foi de muitas violações da DUDH no que se refere à epidemia de DVE na África Ocidental. Cabe à comunidade internacional, com todas as suas instâncias de cooperação, ajudar os países a encerrar a epidemia e se reconstruírem, recuperando seus direitos à saúde, liberdade de ir e vir, bem como a dignidade de milhares de famílias que estão sofrendo estigmatização, preconceito e discriminação por terem contraído a doença.

CONCLUSÃO

A epidemia de DVE de 2014 na África Ocidental foi um marco na história da humanidade por ser a maior e mais complexa já registrada até hoje. Chamada pela mídia de “epidemia do medo”,

a DVE infectou mais de 28 mil e matou mais de 11 mil até a primeira quinzena de outubro de 2015.

Guiné, Libéria e Serra Leoa, que sofreram anos com guerras civis, agora enfrentam um inimigo invisível, a DVE, que destruiu famílias inteiras, deixou a sensação de terror e milhares de crianças órfãs, e, além disso, limitou e privou a população de sua própria cultura.

Alguns países fizeram barreiras fronteiriças e comerciais aos países com transmissão intensa da África Ocidental, o que não era recomendado pelo RSI nem pela OMS.

Os direitos humanos consagrados na DUDH nem sempre foram respeitados durante a epidemia, como o direito à saúde, à liberdade, entre outros.

Seria recomendável que as agências e as organizações que possuem poder decisório internacional se predisponham a acompanhar e a auxiliar os países vulneráveis na África Ocidental, nesse momento em que o número de casos e de óbitos da epidemia está reduzindo – e também após o seu término – para que possam ser garantidos a reconstrução dos laços de solidariedade e da justiça social, como se espera de uma sociedade internacional de humanos livres e dignos, e os direitos humanos conquistados a força de tanto sofrimento histórico.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. *Enfermedad por el virus del Ebola*. Ginebra: OMS; 2014. (Nota Descriptiva, 103).
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Plano de Contingência para Doença pelo Vírus Ebola: versão 1*. Brasília: MS; 2014.
3. Agência FIOCRUZ. *Infectologista da Fiocruz esclarece dúvidas sobre a epidemia de ebola e aborda os riscos para o Brasil*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2014.
4. Soeiro D, Santos M. Luta contra o Ebola importa para todos nós. *Radis*. 2015;(150):1.
5. Organização Mundial da Saúde. *Ebola Outbreak*. Ginebra: OMS; 2015.
6. Gomes C, Castro L. *O novo Regulamento Sanitário Internacional*. São Paulo: Revista Direito Sanitário; 2011.
7. Organização das Nações Unidas. *Comunidades da África Ocidental acolhem 16 mil órfãos do ebola de braços abertos, afirma UNICEF*. New York: ONU; 2014.
8. Baize S, Pannetier D, Oestereich L, Rieger T, Koivogui L, Magassouba N, et al. Emergence of Zaire Ebola virus disease in Guinea. *N Engl J Med*. 2014;371(15):1418-25. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1404505>. PMID:24738640.
9. Gatherer G. The 2014 Ebola virus disease outbreak in West Africa. *J Gen Virol*. 2014;95(Pt 8):1619-24. <http://dx.doi.org/10.1099/vir.0.067199-0>. PMID:24795448.
10. Nyenswah T, Fahnbulleh M, Massaquoi M, Nagbe T, Bawo L, Falla JD, et al. Ebola epidemic: Liberia, March-October 2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2014;63(46):1082-6. PMID:25412068.
11. Maganga GD. Ebola virus disease in West Africa: the first 9 months of the epidemic and forward projections. *N Engl J Med*. 2014;371(16):1481-95. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1411100>. PMID:25244186.
12. Organização Mundial da Saúde. *Ebola outbreak*. Ginebra: OMS; 2016.
13. Organização Mundial da Saúde. *Regulamento Sanitário Internacional*. Ginebra: OMS; 2005.
14. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Nota Técnica 03/2014: prevenção e controle do Ebola em Pontos de Entrada*. Brasília: ANVISA; 2014.
15. Organização das Nações Unidas. *Declaração Universal de Direitos Humanos*. New York: ONU; 1948.
16. Médicos Sem Fronteiras. *Ebola in África. Serra Leoa: Médicos Sem Fronteiras*; 2014.
17. Universidade de São Paulo. *Ebola, o vírus que nunca deixou de existir*. *Revista Espaço Aberto*. 2014;(169):1.

Recebido em: Out. 16, 2015

Aprovado em: Mar. 28, 2016